



Servicios para pacientes ambulatorios - Consentimiento para recibir atención y reconocimientos

Consentimiento para recibir tratamiento: Doy mi consentimiento para recibir el tratamiento al que pueda someterme durante este episodio de atención ambulatoria, incluidos, entre otros, el tratamiento o los servicios de emergencia, y que pueden incluir procedimientos de laboratorio, exámenes de rayos X, procedimientos de diagnóstico, tratamiento o procedimientos médicos, de enfermería o quirúrgicos, anestesia o servicios hospitalarios prestados según lo indique Boston Medical Center (BMC), así como su personal y empleados de proveedores de atención médica, incluidos los médicos de sus Planes de Práctica Profesional (Faculty Practice Plans, FPP) afiliados. Comprendo que en caso de que requiera algún tratamiento quirúrgico, procedimientos, intervenciones u otro tipo de atención que requiera consentimiento informado, se me explicarán a mí o a mi representante legal los beneficios previstos, los riesgos significativos y las terapias alternativas y se requerirá un formulario de consentimiento informado por separado.

Consentimiento limitado para la divulgación de los resultados de las pruebas de VIH relacionadas con exposiciones ocupacionales: En el caso improbable de que un proveedor de atención médica o miembro del personal quede expuesto a mi sangre o líquidos corporales, doy mi consentimiento para que se divulguen los resultados del laboratorio de mis pruebas de VIH al Departamento de Salud Ocupacional y al miembro del personal expuesto. Esta información se compartirá con el único propósito de brindar atención al miembro del personal expuesto. Comprendo que la decisión de dar mi consentimiento para la divulgación de mi información de salud es voluntario y no afectará mi tratamiento, el pago, la inscripción en el plan de salud ni la elegibilidad para los beneficios.

Filmación y grabación: Todas las imágenes o grabaciones que se obtengan como parte de mi tratamiento pueden usarse para fines de educación interna. Mis proveedores también pueden solicitar que se graben las interacciones de otras actividades de enseñanza interna en el momento del tratamiento y tengo derecho a negarme. Esto no afectará mi atención.

Acuerdo financiero: Como contraprestación por los servicios que BMC/FPP me prestará, acepto abonar en mi cuenta las tarifas vigentes en la fecha del servicio por los servicios y tratamientos prestados por BMC/FPP. Soy responsable del pago de cualquier copago, coseguro, deducible o servicio no cubierto que mi plan de seguro de salud privado o gubernamental exijan al momento del servicio. Si no tengo seguro y no cuento con la cobertura de un plan de seguro de salud gubernamental, puedo solicitar información a BMC acerca de programas para los que podría calificar. BMC facturará los servicios y suministros proporcionados por BMC, los empleados del hospital y los médicos contratados directamente por BMC. Comprendo que los servicios prestados por los médicos de FPP pueden facturarse por separado de la factura del hospital. Como cortesía hacia mí, comprendo que el hospital puede facturar a mi compañía de seguros, pero no tiene la obligación de hacerlo. Si mi cuenta se asigna a una agencia de cobranzas o un abogado para su cobro, pagaré todos los costos en los que BMC/FPP incurra en estos esfuerzos de cobranza, incluidos, entre otros, los honorarios de abogados, intereses a la tasa legal y cualquier costo judicial u otros costos de litigio permitidos por la ley. BMC/FPP se reserva el derecho de vender o transferir la propiedad de las cuentas a un tercero con fines de facturación o cobro.

Cesión de beneficios: Cedo todos mis derechos y beneficios según las pólizas de seguro existentes que proporcionan cobertura y pago de todos y cada uno de los gastos en los que incurra como resultado de los servicios y tratamientos prestados por el proveedor y autorizo el pago directo al proveedor de cualquier beneficio de seguro que, de otro modo, sea pagadero al paciente o en nombre de este por la hospitalización u otros servicios ambulatorios, incluidos los servicios de emergencia, si se prestan. Tengo la intención de que BMC/FPP aplique cualquier pago recibido de estas pólizas o planes al monto que yo o mi garante de pago hayamos acordado pagar por los servicios prestados durante esta admisión, y que el proveedor no retenga los beneficios por encima del monto adeudado al proveedor por la atención y el tratamiento prestados durante este encuentro. Además de la cobertura conforme a las pólizas de seguro de salud, también puedo tener derecho a otras coberturas, beneficios o fuentes de pago que pueden cubrir o cubrirán los gastos en los que incurra por los servicios y tratamientos. Comprendo que FPP/BMC, al aceptar inicialmente la cobertura de seguro de salud, no renuncia a los derechos de cobrar ni aceptar, como pago total, cualquier pago realizado en virtud de cualquier cobertura o fuente de pago adicional.



**Servicios para pacientes ambulatorios -
Consentimiento para recibir atención y
reconocimientos**

Por el presente documento, designo irrevocablemente a BMC/FPP como mi representante autorizado para solicitar reclamos, penalidades, soluciones administrativas o legales en mi nombre para el cobro a cualquier tercero responsable del pago, planes de beneficios médicos patrocinados por el empleador, compañía de responsabilidad de terceros (“parte responsable”) de cualquier y todos los beneficios que se me deban por el pago o los cargos relacionados con mi tratamiento. Esta cesión no se interpretará como una obligación de BMC/FPP de ejercer dicho derecho de recuperación. Reconozco y comprendo que mantengo mi derecho de recuperación contra mi aseguradora o plan de beneficios de salud y que la cesión anterior no me priva de dicho derecho.

Acepto tomar todas las medidas necesarias para ayudar a BMC/FPP a cobrar el pago de cualquiera de dichas partes responsables en caso de que los proveedores decidan cobrar dicho pago, lo que incluye permitir que los proveedores presenten una demanda contra la parte responsable en mi nombre. Si recibo un pago directamente de cualquier fuente por los gastos médicos asociados a mi tratamiento, reconozco que es mi deber y responsabilidad efectuar de inmediato los pagos a BMC/FPP. Además, comprendo y acepto que, en la medida en que lo permita mi seguro o cobertura, soy financieramente responsable de todos los cargos, copagos y deducibles que queden después de los pagos del seguro y de todos los cargos de BMC/FPP que no estén cubiertos por mi seguro o por los terceros pagadores.

Certificación y cesión de beneficios para pacientes de Medicare: Certifico que cualquier información que proporcione al solicitar el beneficio conforme al Título XVIII (“Medicare”) o el Título XIX (“Medicaid”) de la Ley de Seguro Social es correcta. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre a BMC o a un médico de BMC por el programa Medicare o Medicaid.

He leído y comprendo el documento anterior. Todas mis preguntas se han respondido de manera satisfactoria. Soy el paciente, o soy el representante o sustituto legalmente autorizado del paciente y, al firmar a continuación, indico que acepto las condiciones incluidas en este documento y que doy mi consentimiento de forma voluntaria para recibir atención en Boston Medical Center.

Firma: _____ Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____ Hora: _____
Paciente

Firma: _____ Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____ Hora: _____
Padre o madre/tutor/sustituto (si corresponde)

Solicité servicios de interpretación para la explicación del proveedor. (El intérprete debe firmar a continuación, si corresponde)

Firma: _____ Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____ Hora: _____